MULTIPLE DEPENDENT CLAIM FEE CALCULATION SHEET

SERIAL NO.

10/ 595(0()

APPLICANT(S)

FILING DATE

(FOR USE WITH FORM PTO-875)

CLAIMS

	AS F	ILED		TER NDMENT		TER INDMENT		· AS F	TLED	AF'	TER NDMENT	
	IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.		IND.	DEP.	IND.		2'
_							51	HIVD.	DEI.	IND.	DEP.	IN
							52					
_		<u></u>					53	_				
_	······································						54					
٠.							55					
_	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						56					
_					·		57					
							58					
		1					59	1				
							60					
							62			-		
							63			1/1		
_							64					
-							65					-
							66					
							67					
_							68					
_					· ·	··· · · · · · · · · · · · · · · · · ·	69					
•							70					
							71					
							72					
							74					
•							75			-		
							76					
_							77					
							78					
							79					
							80					
							81					
							82					
							83 84					
							85					 -
_							86					
_							87			100		
							88					
_	200						89					
_							90					
_							91					
				·			92					
							93					
_							94					
							95					
							96 97					
							98					
							99					··
							100					
	T	1	7	L			TOTAL					-
		, +		_		•	IND.		▼		→	
		←	18.	(=			TOTAL DEP.				117	
			31					8553		100 May 100 Ma	(2,755) O 105 (1) per	
			70				TOTAL CLAIMS					